

# UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Facultad de Psicología



Grado en psicología  
Curso 2021-2022

Frecuencia y funciones de la autolesión no suicida

Frequency and functions of non-suicidal self-injury

Trabajo empírico

*Ana Pulgar García*

Junio de 2022

## Resumen

La autolesión no suicida (NSSI; por sus siglas en inglés de Non-Suicidal Self-Injury), es un fenómeno creciente cuyo inicio suele darse en las primeras etapas de la adolescencia. Este estudio cuantitativo tiene como objetivo conocer la frecuencia, modalidad y funciones de la autolesión, así como ahondar en otros criterios de interés y relacionar este constructo con la variable transdiagnóstica denominada inflexibilidad psicológica y con el fenómeno de la auto-ocultación. El estudio consta de una muestra de 66 personas entre 14 y 30 años (edad media = 20,93, desviación estándar= 3,16). Los resultados muestran que la función predominante de las autolesiones es la de refuerzo automático, como forma de regulación emocional para reducir la tensión psicológica, y que la inflexibilidad psicológica se correlaciona con la frecuencia, edad temprana y con el sexo femenino, pudiendo considerarse un predictor de las autolesiones, al explicar un 40,7% de su varianza. La auto-ocultación, también se correlaciona con una mayor frecuencia, menor edad y sexo femenino, pero no ha sido un predictor estadísticamente significativo de autolesión. Podemos concluir que la edad de inicio y la prevalencia de NSSI es mayor en edades tempranas de la adolescencia, especialmente en sexo femenino, y que la inflexibilidad psicológica parece un buen predictor de la frecuencia de NSSI.

Palabras clave: Autolesión no suicida; inflexibilidad psicológica; auto-ocultación; adolescencia.

## **Abstract**

Non-suicidal self-injury (NSSI) is a growing phenomenon that usually begins in the early stages of adolescence. This quantitative study aims to discover the frequency, modality and functions of self-injury, as well as delve into other criteria of interest and relate this construct to the transdiagnostic variable called psychological inflexibility and to the phenomenon of self-concealment. The study consists of a sample of 66 people between 14 and 30 years old (mean age = 20.93, standard deviation = 3.16). The results show that the predominant function of self-injury is that of automatic reinforcement, as a form of emotional regulation to reduce psychological tension, and that psychological inflexibility is correlated with frequency, early age and female sex, and can be considered a predictor of self-harm, explaining 40.7% of its variance. Self-concealment also correlates with higher frequency, younger age, and female gender, but has not been a statistically significant predictor of self-injury. We can conclude that the age of onset and the prevalence of NSSI is higher in early adolescence, especially in females, and that psychological inflexibility seems to be a good predictor of the frequency of NSSI. Keywords: Non-suicidal self-injury . psychological inflexibility . self-concealment . adolescence.

## Introducción

La autolesión no suicida (NSSI; por sus siglas en inglés de Non-Suicidal Self-Injury) refiere la conducta propositiva de destrucción tisular que el individuo realiza en su propio cuerpo sin la intención de morir (International Society for the Study of Self-Injury, 2021). El término *autolesión* es el preferido y empleado por las personas que participan en estas conductas (Alderton, 2018) y los métodos más frecuentes incluyen cortarse, arañarse, quemarse y golpearse. De estos, cortarse es la forma más común de autolesión en ambos sexos.

Desde la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5; APA, 2013), la NSSI se conceptualiza como una condición independiente del trastorno límite de personalidad, del que había formado parte como síntoma o criterio en ediciones anteriores del manual. Recientemente se ha visto que las autolesiones no suicidas pueden co-ocurrir con un buen número de trastornos psicopatológicos, desde los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad hasta los de alimentación y de personalidad (Whitlock, et al., 2006). Sin embargo, las conductas autolesivas también pueden presentarse en ausencia de otras condiciones psicopatológicas, razón por la cual se afirma actualmente que la autolesión es una conducta “transdiagnóstica” (Callahan et al., 2020).

Como ocurre con otros comportamientos problemáticos, la definición y conceptos relacionados con las NSSI son actualmente un asunto a debate. Existen dudas sobre si la definición oficial debe incluir o excluir la intención suicida. Aunque quienes se autolesionan realizan la conducta sin intención de morir, las autolesiones también se consideran un indicador de riesgo y deseo de suicidio (Hamza y Willoughby, 2016). El riesgo se ha observado en adolescentes en tratamiento psiquiátrico, en estudiantes de secundaria y universitarios así como en adultos de muestras comunitarias (Anestis et al., 2013). Se ha comprobado asimismo que cuanto más temprano es el inicio de NSSI, más precozmente se observan tentativas suicidas entre los practicantes (Chesin et al., 2017).

Al margen de variaciones en la terminología y las definiciones, las autolesiones comienzan a observarse en la adolescencia con un inicio entre los 12 y 13 años (Nock, 2014). La frecuencia de autolesiones aumenta cada año y de manera uniforme en distintos países, especialmente entre las niñas (Gillies et al., 2018; Morgan et al., 2018). Los informes de prevalencia son demoledores, con cifras que oscilan entre el 13% al 17% en muestras comunitarias de adolescentes (Swannell et al., 2014) y que ascienden

hasta el 50%-60% en muestras clínicas (Pérez et al., 2012). A pesar de que cortarse parece la forma preferida de autolesión entre los practicantes, se observan algunas diferencias entre sexos respecto del método utilizado. Las autolesiones directas son hasta cinco veces más frecuentes en las chicas adolescentes en comparación con los hombres, quienes optan a menudo por formas indirectas de autodaño (p. ej., participación en situaciones de riesgo) (Nock, 2014). La duración de las autolesiones también es muy variable intra e interindividualmente. Algunos de los adolescentes que se autolesionan abandonan después de pocos intentos, otros después de algunos años y algunos continúan autolesionándose hasta la edad adulta y sus historias clínicas contienen informes de problemas psicopatológicos numerosos y abigarrados (Stänicke, 2021).

Las investigaciones disponibles sugieren que al menos un tercio de los jóvenes que se autolesionan no se lo cuentan a nadie (Whitlock et al., 2006) o presentan tasas de divulgación de la conducta autolesiva realmente bajas (Hasking et al., 2015). En general, la mayoría de los practicantes mantienen la conducta en secreto, la consideran una acción privada y manifiestan sentimientos de vergüenza y de rechazo respecto de sus cicatrices (Lewis y Mehrabkhani, 2016). Sin embargo, cuando se les pregunta cómo prevenir las autolesiones, muchos adolescentes enfatizan la importancia de tener alguien con quien hablar sobre sus preocupaciones (Fortune et al., 2008). La ocultación prolongada no solo aumenta los sentimientos de angustia, culpa y ansiedad (Cepedo-Benito y Short;1998), sino que facilita que el individuo pueda sentirse cada vez más aislado, rechazado y también autoestigmatizado (Kelly, 2002). Por el contrario, la evidencia sugiere que la revelación de las autolesiones se asocia con autoaceptación y un sentido más unificado de sí mismo (Kelly, 2002). Dado que revelar la autolesión puede facilitar la búsqueda de ayuda y mejorar el afrontamiento, comprender las experiencias de las personas que revelan o eligen no revelar sus autolesiones representa un objetivo importante para clínicos e investigadores.

Una variedad de razones está detrás de las conductas autolesivas (Stänicke, 2018). Varios trabajos empíricos destacan su función como forma de regulación afectiva (Miller et al., 2019), de autocastigo, de freno a los propios impulsos suicidas (función anti-suicidio) e incluso como forma de auto-presentación ante otros como sujeto autónomo y diferenciado (Klonsky, 2009). Parece que la autolesión reduce los sentimientos difíciles y aplastantes y llega a brindar alivio y cierto control emocional (Pérez et al.,2012). Como señalaron Buser y Buser (2013), la autolesión funciona a

menudo como una conducta adictiva. Las personas que se autolesionan y participan en foros online describen sus experiencias empleando palabras relacionadas con la adicción (p. ej., urgencia, tolerancia, recaída) y comparan a menudo sus NSSI con el consumo de sustancias (Pritchard et al., 2021). También describen múltiples intentos de abandonar la conducta, relatan su urgencia o compulsión por lastimarse y narran con detalle la sensación de pérdida de control que experimentan.

En línea con estas investigaciones cuantitativas, los estudios cualitativos informan de la vivencia de la autolesión como una estrategia de solución de problemas interpersonales (Gelinas y Wright, 2013; McAndrew y Warne, 2014; Wadman et al., 2018). Parece que los adolescentes dan sentido a su autolesión porque les ayuda a controlar sentimientos difíciles, liberándoles; les permite representar sentimientos inaceptables y en ocasiones la viven como una forma de conectarse con los demás (Stänicke et al., 2018). Un reciente trabajo de meta-síntesis de 20 estudios cualitativos informó de que la conducta autolesiva funciona para regular el afecto pero también como medio de expresar y/o compartir información emocional y relacional conflictiva (Stänicke et al., 2018).

Estos estudios cualitativos añaden importantes matices a la comprensión y análisis de las autolesiones. Desde un punto de vista fenomenológico, las conductas autolesivas adquieren dos significados diferentes aunque simultáneos; el consuelo y la auto-expresión. Conductualmente hablando cumplen una doble función de reforzamiento negativo y positivo. En cualquiera de ambos lenguajes, la autolesión remite a un análisis del cuerpo como vehículo válido para promulgar malestares y conflictos interpersonales. El cuerpo se convierte en la condición de posibilidad para una nueva subjetividad; para que ciertas experiencias liberadoras tengan lugar. En este sentido, el cuerpo no sólo viene a revelar una realidad personal a menudo despiadada (Enckell, 2002), sino que sirve como catalizador de problemas interpersonales. Las autolesiones pueden verse entonces como ejemplos de metáforas concretizada (Enckell, 2001). La metáfora concretizada supone entender y experimentar un fenómeno a través de otro; en este caso, emociones y situaciones fuera de control a través del control más manejable de las autolesiones.

Por otro lado, los cambios experienciales ocurridos tras la autolesión fortalecerían así las conductas autolesivas. Los practicantes esculpen su sufrimiento en la piel y mientras lo hacen, se transforman a sí mismos, se consuelan y se retroalimentan.

En una etapa de investigación aún preliminar, las autolesiones han sido relacionadas con el constructo transdiagnóstico conocido como *inflexibilidad psicológica* (p. ej., Callahan et al., 2020; Horgan y Martin, 2016; Nielsen et al., 2016). La inflexibilidad psicológica (Hayes et al., 2006, 2012) refiere la renuencia a entrar en contacto con las experiencias internas consideradas aversivas (pensamientos, emociones, recuerdos...) y, en paralelo, la implicación en conductas de evitación cuya función es reducir la forma y frecuencia de estas experiencias (Hayes et al., 1996). De acuerdo a este modelo, las autolesiones serían un ejemplo de inflexibilidad psicológica (IP) porque se trata de conductas que cumplen funciones de evitación y que están bajo control contextual (Chapman et al., 2006). Lo contrario de la IP es la aceptación de experiencias privadas y la flexibilidad psicológica. El modelo de flexibilidad psicológica, representado por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 2012), se centra justamente en cambiar la forma en que las personas se relacionan con las experiencias internas angustiantes mientras se les anima a participar en acciones basadas en valores (Levin et al., 2013).

### *Objetivo*

Dada la escasez de estudios disponibles en España sobre el fenómeno generalizado de las autolesiones, así como la importancia de conocer las razones detrás de estas conductas para desarrollar programas de prevención e intervención más atinados, el objetivo de este TFG fue analizar, en una muestra de personas que se autolesionan, las funciones y principales modalidades de esta conducta, su tasa de revelación así como su relación con la categoría transdiagnóstica denominada inflexibilidad psicológica.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra estuvo formada por un total de 66 participantes, 56 (84,8%) mujeres y 10 (15,2%) hombres. Del total de la muestra, 51 sujetos se identificaron como mujeres; 11 como hombres y 4 personas no binarias. Todos declararon practicar o haber practicado en el pasado alguna forma de autolesión. La media de edad de la muestra al completo fue de  $20,93 \pm 3,16$  años y el rango entre los 14 y los 30 años de edad. En cuanto a nivel de estudios, 4 personas estaban cursando la ESO (6%), 10 se encontraban estudiando bachillerato o grado medio (15%), 4 se asistían a programas de

Formación Profesional (6%), 45 eran universitarios (68%) y 3 participantes estaban desarrollando una actividad laboral (5%). (Ver tabla 1).

### *Instrumentos*

*Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; Lloyd et al., 1997; adaptación española de Calvete et al., 2015). Se trata de un instrumento diseñado para evaluar modalidades, tasas, funciones y otras características de la autolesión durante los últimos 12 meses. Los 37 ítems de la adaptación española se distribuyen en tres secciones. En la primera, inicialmente se pregunta por la ocurrencia y frecuencia de distintas formas de autolesión mediante una escala Likert-5 (0 veces, 1 vez, 2-5 veces, 6-10 veces y > 11 veces), tras lo cual se pregunta si ha recibido tratamiento médico (en este trabajo hemos añadido médico /psicológico), el tiempo que se contempla previamente la conducta, la edad en el primer episodio, la ocurrencia bajo influencia de drogas o alcohol, el grado de dolor físico durante el episodio autolesivo, y si tiene intención suicida. En este trabajo, hemos incorporado un ítem adicional que pregunta si las autolesiones se vivencian como una adicción.

En la segunda sección, se evalúan las funciones de NSSI preguntando la frecuencia de 22 razones por las que se autolesiona (nunca, raramente, algunas veces y bastantes). La función de las autolesiones se categoriza según dos dimensiones: la primera describe la función automática, cuando la conducta se refuerza mediante aspectos internos, y la función social, cuando es mediante aspectos interpersonales o externos. La segunda dimensión describe la valencia del refuerzo, positivo o negativo. Estas dos dimensiones dan lugar a cuatro funciones: refuerzo automático positivo (“para sentir algo, aunque sea dolor”), refuerzo automático negativo (“para evitar sentimientos negativos”), refuerzo social positivo (“para conseguir alguna reacción del otro”) y refuerzo social negativo (“para evitar el castigo de otros”) (Albores-Gallo et al., 2014). En relación a esta segunda sección, en esta investigación se ha obtenido un Alfa de Cronbach  $\alpha=0,86$ .

En la tercera sección se incluye una pregunta sobre la medida en la que las personas esperan que las consecuencias o funciones anteriores ocurran inmediatamente después de la lesión, y también por el grado de interferencia de estas conductas en distintas áreas de la vida.

Ha mostrado evidencia positiva y limitada en cuanto a su validez estructural y consistencia interna (Faura-García et al., 2021).

*Self Concealment Scale* (SCS; Larson y Chastain, 1990; versión española de González-Menéndez et al., *en prensa*). La SCS es una escala de autoinforme compuesta de 10 ítems diseñada para medir la tendencia de una persona a ocultar información personal que le resulta angustiante (p. e., hay muchas cosas sobre mí que guardo para mí). El instrumento emplea una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se deriva de la suma de las respuestas a todos los elementos, donde los valores más altos indican una mayor auto-ocultación. El SCS tiene propiedades psicométricas adecuadas, con estimaciones de confiabilidad entre ítems de 0.81 (Masuda et al., 2011). En este estudio, los datos de consistencia interna del instrumento SCS informaron de un  $\alpha=0,88$ .

*Acceptance and Action Questionnaire – II* (AAQ-II; Bond et al., 2011; adaptación española de Ruiz y Luciano (2009). Se trata de un cuestionario auto-administrado que evalúa inflexibilidad psicológica o evitación experiencial y que consta 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert que van desde 1= “nunca”, hasta 7= “siempre”. El AAQ-II ha mostrado una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,86$ ), validez de constructo, validez discriminante (entre población normal y clínica) y validez externa (Patrón, 2010). Estos resultados son similares a los obtenidos por Bond et al. (2011). Los datos de consistencia interna del AAQ-II observados en este estudio informaron de un Alfa de Cronbach de 0,874

### *Procedimiento*

Se ha diseñado un google forms incluyendo, por un lado, información sociodemográfica de los sujetos (edad, sexo, género sentido y nivel de estudios o actividad laboral) y por otro lado, incluyendo las tres escalas mencionadas de autolesión, auto-ocultación e inflexibilidad psicológica. El cuestionario se distribuyó a través de diferentes redes sociales: Instagram, twiter, telegram y whats app. El periodo de difusión fue de 3 semanas y tras la fecha, se bloquearon las nuevas respuestas y se procedió al análisis de las mismas. En primer lugar, se eliminaron aquellos cuestionarios que no cumplían con los requisitos. Por ejemplo, personas mayores de 30 años, personas que no se habían autolesionado o personas que solamente referían como autolesión hacerse un tatuaje con una puntuación de 0 en la escala de funciones. Tras el cribado, se trasladan las respuestas a la base de datos SPSS para su correspondiente análisis.

### *Análisis de datos*

Para proceder al análisis, se ha utilizado la base de datos SPSS, llevando a cabo, por un lado, estimaciones sobre las características de la muestra, así como de NSSI a través de estadísticos descriptivos y frecuencias. Posteriormente, se han realizado análisis correlacionales, observándose que la mayoría de las escalas no se distribuyen normalmente de acuerdo con la prueba de Kolmogorov- Smirnov, por lo que se utilizarán con carácter general pruebas no paramétricas. Por este motivo, a la hora de calcular las correlaciones entre la edad, el sexo, la frecuencia de autolesión, las funciones, la auto-ocultación y la inflexibilidad psicológica, se ha utilizado la Rho de Spearman. Además, también se han llevado a cabo comparaciones de medias U-Mann Whitney, para analizar las diferencias en función del sexo. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal (pasos sucesivos) considerando la frecuencia de autolesiones como variable criterio, y las medidas de inflexibilidad psicológica y auto-ocultación como variables predictoras. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de  $p < .05$ .

## **Resultados**

### **1.- Análisis descriptivos, prevalencia, tipos y funciones de las conductas autolesivas**

Esta investigación analiza una muestra de personas con media de edad de 20,93 años ( $DE=3,16$ ) y rango de edad entre los 14 y los 30 años que, en algún momento de su vida, ha realizado conductas autolesivas. La mayoría de los participantes (84,8%) son mujeres y sólo 10 personas (15,2%) son hombres, de los cuales, 51 sujetos se identificaron como mujeres; 11 como hombres y 4 personas no binarias. En cuanto a la ocupación o estudios actuales, 4 personas estaban cursando la ESO (6%), 10 se encontraban estudiando bachillerato o grado medio (15%), 4 se asistían a programas de Formación Profesional (6%), 45 eran universitarios (68%) y 3 participantes estaban desarrollando una actividad laboral (5%). Véase esta información en Tabla 1.

**Tabla 1***Datos sociodemográficos de la muestra*

Edad	Media= 20,93 ±3,16	Rango (14-30)
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	56	84,8
Hombre	10	15,2
Género sentido		
Masculino	51	77,3
Femenino	11	16,7
No Binario	4	6,1
Estudios/ocupación		
Educación Secundaria	4	6,1
Bachillerato/grado medio	10	15,2
Formación Profesional	4	6,1
Estudios Universitarios	45	68,2
Actividad laboral	3	4,5

La primera escala utilizada, Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), se divide en tres secciones. Con respecto a la primera, se analiza, por un lado, la ocurrencia y frecuencia de las distintas formas de lesión (tabla 2), y por otro, la media y desviación estándar de dicha frecuencia (tabla 3), en el marco temporal de los últimos 12 meses. Puede observarse que la tipografía de las autolesiones más empleada es morderse ( $M=0,64$ ;  $DE= 0,48$ ), puesto que el 68,2% de las personas que han cumplimentado el cuestionario había practicado esta conducta en el último año, y el 22,7% lo hacía con una frecuencia superior a 11 veces. Golpearse es el segundo método de autolesión más utilizado ( $M= 0,48$ ;  $DE= 0,50$ ), donde 56,1% de sujetos la ha llevado a cabo en el último año y el 9,1% más de 11 veces. Finalmente, la tercera lesión más prevalente es cortarse o arañarse ( $M=0,48$ ;  $DE=0,50$ ), donde el 51,5% de los participantes la habían llevado a cabo y un 15,2% más de 11 veces.

**Tabla 2***Ocurrencia y frecuencia en el último año de diez formas de autolesión FASM*

	Frecuencia	Porcentaje
Cortarte o arañarte la piel		
Nunca	32	48,5
Una vez	5	7,6
De dos a cinco veces	9	13,6
De seis a diez veces	10	15,2
Más de once veces	10	15,2
Golpearte a propósito		
Nunca	29	43,9
Una vez	6	9,1
De dos a cinco veces	18	27,3
De seis a diez veces	7	10,6
Más de once veces	6	9,1
Arrancarte el pelo		
Nunca	54	81,8
Una vez	3	4,5
De dos a cinco veces	3	4,5
De seis a diez veces	3	4,5
Más de once veces	3	4,5
Hacerte un tatuaje		
Nunca	46	69,7
Una vez	7	10,6
De dos a cinco veces	10	15,2
De seis a diez veces	2	3
Más de once veces	1	1,5
Quemarte la piel (con un cigarrillo u otro objeto)		
Nunca	59	89,4
Una vez	3	4,5
De dos a cinco veces	4	6,1

Introducir objetos debajo de las uñas o la piel		
Nunca	63	95,5
Una vez	1	1,5
De dos a cinco veces	2	3
Morderte a ti mismo (ej. La boca, el labrio)		
Nunca	21	31,8
Una vez	2	3
De dos a cinco veces	13	19,7
De seis a diez veces	15	22,7
Más de once veces	14	22,7
Hurgarte en zonas del cuerpo hasta que sangren		
Nunca	54	81,8
Una vez	3	4,5
De dos a cinco veces	3	4,5
De seis a diez veces	1	1,7
Más de once veces	5	7,6
Rasparte la piel		
Nunca	42	63,6
Una vez	3	4,5
De dos a cinco veces	10	15,2
De seis a diez veces	6	9,1
Más de once veces	5	7,6
Frotarte tu piel hasta el punto de que sangre		
Nunca	47	71,2
Una vez	7	10,6
De dos a cinco veces	5	7,6
De seis a diez veces	4	6,1
Más de once veces	3	4,5
Otra		

Nunca	57	86.4
Una vez	0	0
De dos a cinco veces	3	4,5
De seis a diez veces	5	7.6
Más de once veces	1	1,5

**Tabla 3**

*Media y desviación estándar de modalidades de autolesión*

	Media	Desviación estándar
Cortarse o arañarse	,48	,50
Golpearse	,48	,50
Arrancarse el pelo	,18	,39
Tatuaje	,30	,46
Quemarse	,11	,31
Introducir objeto por debajo de la piel	,03	,17
Morderse	,64	,48
Hurgarse	,15	,36
Raspase	,27	,44
Frotarse	,18	,39
Otra	,12	,33
Total de lesiones	,27	,15

Continuando con la primera sección de la escala, también se analizan otro tipo de variables relacionadas con la autolesión (Tabla 4). En cuanto a la edad de inicio, los sujetos refieren haber empezado a llevar a cabo este tipo de conductas en torno a los 15 años (DE=3,19). Además, la mayor parte de los sujetos (30,3%) no ha recurrido a ningún tipo de tratamiento, sea médico o psicológico, ni refieren, en el 77,3% de los casos, haberse autolesionado bajo los efectos del consumo de sustancias. Por otro lado, también se ha medido la intención suicida de los participantes, observándose que el 80,3% refiere no comportarse con dicha intencionalidad.

En el ítem añadido de consideración de la autolesión como una forma de conducta adictiva, el 83,3% de los sujetos refieren dicha consideración. Finalmente, en esta sección también se analiza el grado de dolor percibido, observándose que la muestra manifiesta una media de 1,27 puntos sobre un máximo de 3.

Para estos análisis hemos omitido la variable “tiempo transcurrido desde el pensamiento de realización de la conducta hasta su ejecución”, debido a que la mayoría de las respuestas de los participantes eran de tipo cualitativo y se ofrecían con una cierta ambigüedad (un poco, bastante, depende, etc.).

**Tabla 4**

*Primera sección (continuación) FSMA*

Edad de inicio	Media= 15 +3,29	Rango 8-28
	Frecuencia	Porcentaje
Has recibido tratamiento médico o psicológico		
Si	20	30,3
No	46	69,7
Has consumido alcohol y otras sustancias		
Si	15	22,7
No	51	77,3
Intención suicida		
Si	13	19,7
No	53	80,3
Considera la conducta autolesiva como algo adictivo		
Si	55	83,3
No	11	16,7
Sentiste dolor mientras autolesionabas		
Media=1,27 +0,66		
0	6	9,2
1	35	53
2	23	34,8
3	1	1,5

Con base a la segunda sección, se han analizado las funciones de la autolesión (Tabla 5). De este modo, podemos agrupar los ítems en 4 categorías: Refuerzo automático negativo, refuerzo automático positivo, refuerzo social negativo y refuerzo social positivo. Los datos reflejan que la función de la conducta autolesiva con mayores puntuaciones es la de refuerzo automático negativo, cuya media es de 1,67 (rango 0-3), y la desviación estándar de 0,86; seguido de refuerzo social negativo, cuya media es de 0,39 y desviación estándar de 0,61; posteriormente la función de refuerzo social positivo, con media de 0,37 y desviación estándar de 0,58; y finalmente, la de menor puntuación es la función de refuerzo automático positivo, con media de 0,16 y desviación estándar de 0,35.

**Tabla 5**

*Funciones de la autolesión*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Refuerzo social negativo	66	,00	2,75	,39	,61
Refuerzo automático negativo	66	,00	3,00	1,67	,86
Refuerzo social positivo	66	,00	2,50	,37	,58
Refuerzo automático positivo	65	,00	1,67	,16	,35

Para finalizar el análisis de la escala FASM, en la última sección se ha analizado el impacto de las autolesiones en relación con otros ámbitos de la vida social de los participantes (amigos, familia, centro escolar, otros). Ha podido observarse que la mayoría de los sujetos refiere haber tenido problemas con la familia (36,1%), y con los amigos (30,6%). En dicha sección también se analiza el tiempo estimado desde la realización de las autolesiones hasta la consecución de las funciones expuestas. Sin embargo, la ambigüedad de las respuestas cualitativas ha impedido la realización del análisis.

**Tabla 6***Impacto de las lesiones en el ámbito social*

	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	11	30,6
Familia	13	36,1
Centro escolar	5	13,9
Otros	7	19,4
TOTAL	36	100
No contesta	30	

**Análisis descriptivo inflexibilidad psicológica AAQ-II y auto-ocultación SCS.**

Los resultados relacionados con las variables inflexibilidad psicológica y auto-ocultación se observan en la tabla 7. Como puede extraerse de la Tabla 7, la media observada en el instrumento que evalúa inflexibilidad psicológica para el conjunto de los participantes fue de 46,32 (DE= 12,80), mientras que en la escala de auto-ocultación las puntuaciones medias de los participantes se situaron en 34,98 (DE= 9,72).

**Tabla 7***Estadísticos descriptivos AAQ-II y SCS*

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	$\alpha$
Auto-ocultación SCS (escala 1-5)	66	17,00	50,00	34,98	9,73	,881
Inflexibilidad psicológica AAQ-II (escala 1-7)	66	10,00	68,00	46,32	12,80	,874

Analizando los resultados por sexos, se han realizado comparaciones de medias respecto a la edad de inicio de las autolesiones, su frecuencia y funciones, así como respecto a la auto-ocultación y a la inflexibilidad psicológica (Tabla 8). Se han observado diferencias estadísticamente significativas en la escala FSM en cuanto a la función de refuerzo automático negativo ( $p < 0,05$ ), donde se evidencia un potente tamaño de efecto ( $d$  Cohen= 1,12) y en las escalas de auto-ocultación ( $p < 0,16$ ,  $d$

Cohen= 0,87), e inflexibilidad psicológica( $p < 0,37$ ,  $d$  Cohen=0,73). Se puede observar que en los tres casos, las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres.

**Tabla 8**

*Comparaciones de media en función del sexo*

	Media	DT	U-Mann Whitney	Sig.	d Cohen
<b>Edad inicio</b>					
Mujer	14,89	3,38	199,50	,146	-,35
Hombre	15,90	2,23			
<b>Cuántas veces se ha lesionado</b>					
Mujer	8,80	6,07	208,00	,197	,50
Hombre	6,20	3,99			
<b>F. Ref. social negativo</b>					
Mujer	,437	,648	206,50	,153	,64
Hombre	,125	,212			
<b>F. Ref. automático negativo</b>					
Mujer	1,79	,846	122,50	,005*	1,12
Hombre	,966	,597			
<b>F. Ref. social positivo</b>					
Mujer	,388	,589	208,00	,179	,21
Hombre	,265	,554			
<b>F. Ref. autom. positivo</b>					
Mujer	,172	,365	218,00	,381	,32
Hombre	,074	,222			
<b>Auto-ocultación</b>					
Mujer	36,25	9,24	145,00	,016*	,87
Hombre	27,90	9,78			
<b>Inflexibilidad psi.</b>					
Mujer	47,75	12,24	163,50	,037*	,73
Hombre	38,30	13,56			

## 2.- Relación de las autolesiones con la auto-ocultación y la inflexibilidad psicológica

Se realiza primeramente un análisis correlacional teniendo en cuenta la frecuencia de las autolesiones, la auto-ocultación, la inflexibilidad psicológica, la edad, y el sexo. Los resultados muestran que por un lado, a menor edad, los participantes presentaron puntuaciones más altas y estadísticamente significativas en la frecuencia de las autolesiones y en la escala de auto-ocultación. En cuanto al sexo, las mujeres puntúan significativamente más que los hombres en la frecuencia, así como en las escalas de auto-ocultación e inflexibilidad psicológica. La auto-ocultación se

correlaciona con edades tempranas, sexo femenino, frecuencia de la autolesión e inflexibilidad psicológica. Finalmente, la inflexibilidad psicológica se correlaciona con auto-ocultación, frecuencia y sexo.

**Tabla 9**

*Correlación entre las funciones de las autolesiones, inflexibilidad psicológica, auto-ocultación, edad, sexo y frecuencia de autolesión*

	Auto-ocultación	Inflexibilidad psi.	Edad	Sexo	Frecuencia de autolesión
Auto-ocultación					
Rho Spearman	1	,646**	-,344**	-,300*	,367**
Sig.		,000	,005	,014	,002
Inflexibilidad psi.					
Rho Spearman		1	-,217	,254*	,379**
Sig.			,081	,041	,002
Edad					
Rho de Spearman			1	,175	-,294*
Sig. F				,161	,017
Sexo					
Rho de Spearman				1	-,160
Sig. F					,199
Frecuencia de autolesión					
Rho Spearman					1
Sig.F					

Los resultados del análisis inferencial informan que la inflexibilidad psicológica puede predecir en un 40,7% la presencia de autolesiones. En el caso de la auto-ocultación, esta variable no se ha determinado como un predictor estadísticamente significativo.

**Tabla 8**

Regresión lineal

Inflexibilidad psicológica		Auto-ocultación	
Coeficientes estandarizados		Coeficientes estandarizados	
Beta	Sig.	Beta	Sig.
,407	,001	,103	,488

**Nota:** a. Variable dependiente: Cuantas veces se han lesionado

## Discusión

En relación con el primer objetivo de la investigación, que se corresponde con el análisis de las modalidades y funciones de las autolesiones así como su correlación con otras variables clínicas y sociodemográficas, se puede concluir que, en nuestra muestra de estudio, la conducta de autolesión no suicida se inicia en torno a los 15 años, un dato que discrepa de lo referido generalmente en la literatura ya que informa de una edad de comienzo de en torno a los 12 y 13 años (Nock, 2014). En cualquier caso y a pesar de esta discrepancia, el inicio de la autolesión se corresponde con problemas propios del paso de la infancia a la adolescencia, una etapa caracterizada por un incremento de la deseabilidad social y una alta presión con encajar con los iguales o cumplir con los estándares sociales, siendo mucho más marcada en el caso de las mujeres, especialmente en cuanto a cánones de belleza, actividades, formas de pensar, etc. De esta manera, el sexo puede servir como factor de riesgo a la hora de relacionar la elevada frecuencia de conductas autolesivas en mujeres con respecto a los hombres, que se reflejan en esta investigación y que concuerdan con la literatura sobre el tema (Álamo Vázquez, 2014). Además, los estudios de Nock (2014), reflejan que la forma preferida de autolesión son los cortes. En este estudio, cortarse ha sido el tercer método más referido por los participantes, donde el 51,5% informaba de haber llevado a cabo este tipo de lesión. A pesar de no haber sido la modalidad más empleada, su alta prevalencia concuerda con los estudios de Nock (2014).

Asimismo, aunque las funciones de las autolesiones puedan ser muy variadas, los resultados encajan con previas investigaciones sobre la predominancia de función de refuerzo automático negativo como forma de regulación afectiva (Calvete et al., 2015) donde se ha mostrado que los sujetos realizaban estas lesiones como forma de alivio y escape de emociones negativas intensas (asco, ira, miedo y tristeza) durante un período prolongado (Zheng et al., 2013). Los participantes también mostraban altas puntuaciones en refuerzo social negativo, donde llevan a cabo NSSI para escapar de las demandas interpersonales. Posteriormente, en refuerzo social positivo, para llamar la atención o respuestas deseables de los demás y, por último, en refuerzo automático positivo, para producir estados internos deseables. (Klonsky et al., 2015)

En todos estos casos, el refuerzo supone un incremento de la probabilidad de que tales conductas continúen repitiéndose, hasta el punto de que los sujetos llegan a vivenciar estas conductas como una forma de adicción con componentes de urgencia y compulsividad (Buser y Buser, 2013). Se crea así un círculo vicioso en el que la persona se siente mal y se autolesiona; la autolesión le libera de la angustia y, de nuevo, la persona se deja arrastrar por la urgencia de liberarse del malestar. En este estudio, más del 83% de los participantes vivenciaron la autolesión como un fenómeno adictivo, lo cuál está línea con estudios anteriores sobre el tema (Buser y Buser, 2013) y debería considerarse a la hora de enfocar programas de tratamiento o recuperación

Otro aspecto a destacar es el hecho de que los jóvenes tienden a ocultar las autolesiones (Whitlock et al., 2006), pudiendo pasar desapercibidas y por ese motivo, aumentan las actitudes negativas hacia la atención psicológica y se inhibe el comportamiento de búsqueda de ayuda (Larson et al., 2015). Como señalan Cepeda-Benito y Short (1998), las personas que presentan mayores niveles de auto-ocultamiento son tres veces menos propensos a buscar ayuda profesional. Estos datos concuerdan con los resultados observados en este estudio, donde el número total de personas que han recibido tratamiento es considerablemente bajo (30,3%). La ocultación de información personal percibida como estresante o negativa (Masuda et al., 2017) y la presencia de autolesiones también ha sido investigada en este trabajo. A pesar de que no conocemos investigaciones previas que relacionen ambos constructos, las relaciones entre suicidio y auto-ocultación (p. e., Friedlander et al., 2012), han sugerido plantear esta hipótesis en el caso de las autolesiones sin intención suicida. La tendencia a ocultar la propia conducta lesiva también es esperable que se extrapole a otros ámbitos de la vida cotidiana, especialmente aquella que las personas otorgan una connotación negativa. Asimismo, el ocultar información dolorosa y traumática podría aumentar los niveles de malestar, elevando los síntomas ansiosos y depresivos (Larson & Chastain, 1990), y como consecuencia, recurrir a la autolesión como forma de regulación emocional. En este mismo sentido, los resultados del análisis correlacional muestran una relación significativa entre la frecuencia de las autolesiones y la tendencia a la auto-ocultación. Lo mismo se ha observado entre auto-ocultación, edad y sexo. A menor edad las personas tienden a puntuar más alto en auto-ocultación, y además, la conducta de ocultar información personal es más frecuente en mujeres que en hombres.

Finalmente, con base en el tercer objetivo, también se ha encontrado una relación entre inflexibilidad psicológica y autolesión. La inflexibilidad psicológica es un proceso rígido de regulación del comportamiento consistente en evitar y/o escapar de las experiencias privadas (pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones, etc.) que se experimentan como aversivas, incluso cuando hacerlo conlleva comportarse de manera incompatible con los propios valores personales (Hayes et al., 2006). Investigaciones llevadas a cabo por Chapman et al., (2006) mostraron las relaciones entre inflexibilidad y autolesión no suicida, lo que concuerda con los datos obtenidos de esta investigación, en la que se muestra una correlación significativa entre frecuencia de autolesiones e inflexibilidad psicológica. Los resultados del análisis inferencial informan también de que la inflexibilidad psicológica es un buen predictor de autolesiones, pudiendo explicar el 40,7% de la varianza, a diferencia de la auto-ocultación, que no se ha evidenciado significativamente como predictor de NSSI.

Las propias funciones de la autolesión podrían considerarse como un ejemplo de inflexibilidad psicológica o evitación experiencial. La función de refuerzo automático negativo es en realidad un ejemplo de ello en el sentido de que NSSI se utiliza como una estrategia que ayuda regular estados emocionales negativos no deseados y/o intolerables (Hu et al., 2021), suponiendo, por tanto, una forma de evitación experiencial de dicha emoción negativa. Asimismo, el refuerzo social negativo también podría considerarse un ejemplo de inflexibilidad psicológica, donde las personas busquen evitar o escapar de una situación o contacto social desagradable. Por último, las relaciones observadas entre auto-ocultación e inflexibilidad también sugieren que la propia conducta de auto-ocultación pueda ser un ejemplo de inflexibilidad psicológica, en la que las personas tiendan a ocultar información personal negativa como un método de escape o evitación de vivencias, pensamientos o emociones que juzgan negativamente.

Con todo lo referido, podemos concluir que las autolesiones son conductas desadaptadas que se corresponden con un fenómeno cada vez más preocupante dentro de la población adolescente debido al incremento anual que presentan (Gillies et al., 2018). El autoestigma que pueden generar, unido a los sentimientos de culpa o vergüenza, hace que en ocasiones sea un problema difícil de detectar y de tratar, y una necesidad de abordar este fenómeno que lejos de disminuir, comienza a agravarse entre los adolescentes. Además del sexo, que ha sido evidenciado en los análisis como un

factor de riesgo, existen otros factores que también incrementan la probabilidad de autolesionarse, como el nivel socio-económico, la orientación sexual, la educación, los eventos vitales negativos, antecedentes familiares, problemas de salud mental o consumo de sustancias (Stänicke, 2019), que no se han analizado en este estudio y quizás puedan servir de base para investigaciones futuras. Con todo ello, teniendo consciencia del riesgo que suponen las autolesiones para posibles futuras intenciones suicidas (Hamza y Willoughby, 2016, p. 414), a pesar de que en este estudio no se hayan tratado, es necesario considerar todos esos factores, así como posibles indicadores tempranos para abordar correctamente este fenómeno.

Finalmente, teniendo en cuenta que la inflexibilidad psicológica es un predictor estadísticamente significativo de NSSI, sería necesario plantear intervenciones centradas en este constructo, como es el caso de las terapias contextuales, cuyo objetivo se centra en potenciar la flexibilidad psicológica, (Blackledge y Hayes, 2001; Greco y Hayes, 2008; Hayes et al., 1999). Esto podría llevarse a cabo por medio de ejercicios, registros y metáforas basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002), Terapia Dialectico Comportamental (García-Palacios, 2006; Linehan & Santandreu, 2003) y ejercicios de Mindfulness (Vallejo-Pareja, 2006)

### *Limitaciones*

A pesar de todo lo concluido, esta investigación presenta limitaciones a destacar. Primeramente, la muestra de varones es muy escasa, de manera que los análisis de comparaciones entre sexos deberían considerarse a modo exploratorio; no obstante, concuerdan con los datos referidos en la literatura. Además, la muestra es pequeña y se concentra principalmente en personas cursando estudios universitarios, pudiendo no ser representativa de la totalidad de la población que llevan a cabo este tipo de conductas autolesivas. Finalmente, también pueden referirse limitaciones en cuanto a la recogida de datos, ya que por un lado, se han difundido principalmente a partir de redes sociales personales, pudiendo afectar a la heterogeneidad de la muestra, y siendo en cierto modo explicativo de que la mayoría de los participantes se encuentren cursando estudios universitarios con una media de edad de 20,93 años. Otra limitación en la recogida de datos, se refiere al empleo de instrumentos autoinformados, que en ocasiones pueden verse sesgados por la propia percepción de los sujetos. Por todo ello, es importante que las futuras líneas de investigación puedan suplir estas limitaciones, y ahondar de manera

más profunda en otros aspectos como el nivel de gravedad de las lesiones o aspectos cualitativos y subjetivos de la propia autolesión.

### *Conclusión*

Para finalizar este estudio, podemos concluir, por un lado, que la edad de inicio y la prevalencia de NSSI es mayor en edades tempranas de la adolescencia, cumpliendo principalmente una función de refuerzo automático negativo, como forma de regulación emocional. Además, este fenómeno afecta en mayor medida a mujeres que a hombres, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas tanto en la función de refuerzo automático negativo, como en inflexibilidad psicológica y auto-ocultación. La auto-ocultación, a pesar de presentar correlaciones con la frecuencia de NSSI, no ha mostrado ser un predictor estadísticamente significativo de NSSI. En el caso de la inflexibilidad psicológica, parece que esta variable transdiagnóstica podría explicar el fenómeno de autolesiones pues parece un buen predictor de su frecuencia que explica un 40,7% de la varianza.

## Referencias

- Álamo Vázquez, M. P. (2014). *Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género*. Atelsam. <https://atelsam.org/>
- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 42(4), 159–168
- Alderton, Z. (2018). *The Aesthetics of Self-Harm: The Visual Rhetoric of Online Self-Harm Communities*. Routledge
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed, DSM-5).
- Anestis, M. D., Pennings, S. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2013). Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 996–1002. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.005>
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 243-255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688.
- Buser, T.J., & Buser, J.K. (2013). Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: review of research and implications for counselor training and practice. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 34, 16-29.
- Callahan, K. E., Stori, S. A., & Donahue, J. J. (2020). Psychological inflexibility processes and nonsuicidal self-injury: Concurrent and prospective associations. *Journal of clinical psychology*, 77(6), 1394–1411. <https://doi.org/10.1002/jclp.23086>

- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228.
- Cepeda-Benito, A., & Short, P. (1998). Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counselling Psychology*, 45, 58–64.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394.
- Chesin, M. S., Galfavy, H., Sonmez, C. C., Wong, A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2017). Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 567–579.
- Enckell, H. (2001). Psychic reality and psychoanalysis: A look through the theory of metaphor. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 24(3), 231-252.
- Enckell, H. (2002). *Metaphor and Psychodynamic Functions of the Mind*. Kuopion yliopisto.
- Faura-Garcia, J., Orue, I., & Calvete, E. (2021). Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28 (4), 739-765. doi: 10.1002/cpp.2537.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 96–104. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0273-1>
- Friedlander, A., Nazem, S., Fiske, A., Nadorff, M. R., & Smith, M. D. (2012). Self-Concealment and Suicidal Behaviors. *Suicide and life-threatening behavior*, 42(3), 332–340. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00094.x>
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- Gelinas, B. L., & Wright, K. D. (2013). The cessation of deliberate self-harm in a university sample: The reasons, barriers, and strategies involved. *Archives of suicide research*, 17(4), 373-386.

- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Angueta, A., ... & Christou, P. A. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(10), 733-741.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2016). Nonsuicidal self-injury and suicidal risk among emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, *59*(4), 411-415.
- Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, *15*, 1039–1048.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25
- Horgan, M., & Martin, G. (2016). Differences between current and past self-injurers: How and why do people stop? *Archives of Suicide Research*, *20*(2), 142–152.
- Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., & Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety and depression in Chinese adolescent

patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and Behavior*, 11, e2419.  
<https://doi.org/10.1002/brb3.2419>

International Society for the Study of Self-Injury (ISSI). (2021). <https://www.itriples.org/what-is-nssi>

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Kelly, A. E. (2002). *The psychology of secrets*. Kluwer Academic/Plenum.

Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260-268.

Klonsky, E.D., Glenn, C.R., Styer, D.M., Olino, T.M., & Washburn, J.J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9, 44. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>

Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439-455. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.4.439>.

Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(8), 705-774. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.8.705>

Levin, M. E., Pistorello, J., Seeley, J.R., & Hayes, S.C. (2013). Feasibility of a Prototype Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Prevention Program for College Students. *Journal of American College Health*, 62 (1), 20-30.  
doi: 10.1080/07448481.2013.843533

Lewis, S. P., & Mehrabkhani, S. (2016). Every scar tells a story: Insight into people's self-injury scar experiences. *Counselling Psychology Quarterly*, 29(3), 296-310.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1088431>.

Linehan, M., & Santandreu, R. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós.

- Lloyd, E.E., Kelley, M.L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. LSU Historical Dissertations and Theses. 6546.  
[https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool\\_disstheses/6546](https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_disstheses/6546)
- Masuda, A., Anderson, P.L., Wendell, J.W., Price, M., Feinstein, A.B., & Chou, Y.Y. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 243-247.
- Masuda, A., Tully, E. C., Drake, C. E., Tarantino, N., Ames, A. M., & Larson, D. G. (2017). Examining self-concealment within the framework of psychological inflexibility and mindfulness: A preliminary cross-sectional investigation. *Current Psychology, 36*(1), 184-191. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9399-6>
- McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers. *International journal of mental health nursing, 23*(6), 570-579.
- Miller, A. B., Eisenlohr-Moul, T., Glenn, C. R., Turner, B. J., Chapman, A. L., Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2019). Does higher-than-usual stress predict nonsuicidal self-injury? Evidence from two prospective studies in adolescent and emerging adult females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(10), 1076-1084..
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2018). Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The Lancet Psychiatry, 5*(11), 905-912.
- Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2016). Exploring the relationship between experiential avoidance, coping functions and the recency and frequency of self-harm. *PLoSOne, 11*(7), E0159854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159854>
- Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2016). Exploring the relationship between experiential avoidance, coping functions and the recency and frequency of self-harm. *PLOS One, 11*(7), e0159854.

- Nock, M. K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001
- Patrón Espinosa, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15,5-19. ISSN: 0185-1594.
- Pérez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor Structure and Association with Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 393–404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
- Pritchard, T. R., Fedchenko, C. A., & Lewis, S. P. (2021). Self-Injury Is My Drug: The Functions of Describing Nonsuicidal Self-Injury as an Addiction. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(9), 628–635. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001359>
- Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21, 347-352.
- Stänicke, L. I., Haavind, H., Rø, F. G., & Gullestad, S. E. (2019). Discovering one's own way: adolescent girls' different pathways into and out of self-harm. *Journal of Adolescent Research*, 35, 605–634. doi: 10.1177/0743558419883360
- Stänicke, L.I. (2021). The Punished Self, the Unknown Self, and the Harmed Self – Toward a More Nuanced Understanding of Self-Harm Among Adolescent Girls. *Frontiers in Psychology*. 12:543303. doi: 10.3389/fpsyg.2021.543303
- Stänicke, L.I., Haavind, H., & Gullestad, S.E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173-191. doi: 10.1007/s40894-018-0080-9
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St. John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273-303. doi: 10.1111/sltb.1207

- Vallejo-Pareja, M. A. (2006). Atención plena. *EduPsykhé*, 5(2), 231–253.
- Wadman, R., Vostanis, P., Sayal, K., Majumder, P., Harroe, C., Clarke, D., ... & Townsend, E. (2018). An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services. *Social Science & Medicine*, 212, 120-128.
- Whitlock, J. L., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006a). Self-injurious behaviours in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117, 1939–1948.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento basado en los valores*. Pirámide.
- Zheng, B.S., Murugappan, M., Yaacob, S., & Murugappan, S. (2013). Human emotional stress analysis through time domain electromyogram features. *IEEE Symposium on Industrial Electronics & Applications*, 172-177. doi: 10.1109/ISIEA.2013.6738989.